**TERMO ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA AO INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE – (01 A 29 VIDAS)**

|  |
| --- |
| **A) DAS PARTES**: **CONTRATANTE:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**CONTRATADA: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL** |
| **B) DO INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE:**  **Número:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vigência**:       de       de       **Denominação:** neste Termo Aditivo, o mencionado Instrumento de Comercialização e respectivos anexos / módulos / proposta de admissão serão doravante denominados simplesmente **CONTRATO**. |
| **C) DO ADITIVO:** **Vigência:** 01/06/2021 |

Por este **TERMO ADITIVO** fica estabelecida a **redução dos prazos de carências**, conforme regras a seguir:

**OBJETO 1** –A redução de carência prevista na tabela do Objeto 3 aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos abaixo:

a) o beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de **Plano Referência** ou **Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia** de **Operadora Congênere, outra Unimed do Sistema ou de um dos clientes da Central Nacional Unimed, cuja carteirinha inicia com “0865”**, conforme Objeto 2 deste **TERMO ADITIVO**;

b) a exclusão de **CONTRATO** e a inclusão no **CONTRATO** ora aditado **não poderá ter um intervalo superior a:**

**b.1) 60 (sessenta) dias** para os casos de usuários oriundos de Operadora Congênere

**b.2.) 30 (trinta) dias** para os casos de usuários oriundos de outra Unimed do Sistema ou de um dos clientes da Central Nacional Unimed, cuja carteirinha se inicia com a numeração “0865”.

c) o beneficiário deve ter permanecido no **CONTRATO** anterior por periodo superior a 6 (seis) meses.

**OBJETO 2** – Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneres para efeito deste Termo Aditivo: **Allianz, Ameplan, Amil, Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Gama Saúde, Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Pame, PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Prevent Sênior, Promédica, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Sompo Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica e Unihosp.**

**OBJETO 3** – Segue abaixo a **tabela de redução de carências** ao beneficiário que se enquadrar aos requisitos estabelecidos nos objetos acima, conforme a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eventos** | **Prazo de carência e CPT** | **Tempo de plano anterior****(06 a 11 meses)** | **Tempo de plano anterior****(A partir de 12 meses)** |
| Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial | 24 horas | 24 hs | 0 |
| Consultas Eletivas | 30 dias | 24 hs | 0 |
| Exames simples  | 30 dias | 24 hs | 0 |
| Exames complexos (exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT) | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Terapias  | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Tratamento Psicoterápico de Crise | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais | 180 dias | 150 dias | 0 |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas | 180 dias | 150 dias | 0 |
| Parto a termo | 300 dias | 300 dias | 300 dias |
| Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados com Doenças ou Lesões Preexistentes  | 24 meses | 24 meses | 24 meses |

**OBJETO 4** - Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra a redução das carências ora estabelecida:

a) 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados, não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago; e

b) cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;

c) Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do **CONTRATO** anterior como data de início do **CONTRATO**, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra “a” e “b” acima). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias contados de sua emissão;

d) Carta da Administradora de Benefícios contendo todos os dados do **CONTRATO** anterior (data de início do **CONTRATO**, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento, data de exclusão/cancelamento e cópia frente e verso da carteira do beneficiário). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias, contados de sua emissão.

**OBJETO 5** –A redução de carências somente será aplicada para as vidas que se enquadrem nos requisitos comerciais estabelecidos, devidamente comprovados no momento da venda, não ocorrendo compra de carências para as vidas posteriormente incluídas em rotina de movimentação cadastral.

**OBJETO 6** –Este **TERMO ADITIVO** de redução de carência somente se aplica aos **CONTRATOS** com contingente entre 01 a 29 vidas.

**OBJETO 7** –Ficam mantidas e, consequentemente, aplicadas aos produtos contratados todas as demais cláusulas e disposições do **CONTRATO**, que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente **TERMO ADITIVO**.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente **TERMO ADITIVO** em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas.

      ,       de       de      .

 *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

**CONTRATANTE:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

 *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

**CONTRATADA: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: Nome:

RG nº: RG nº: